**PREVISIÓN DE CUOTA ANUAL DE PRODUCTO TERMINADO QUE CONTIENE ESTUPEFACIENTES, SICOTRÓPICOS, PRECURSORES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS**

 IMPORTACIÓN COMPRA LOCAL

Fecha de Solicitud:

|  |
| --- |
|  DATOS DE LA EMPRESA (Llenar según patente de Comercio de Empresa) |
| **Nombre de la empresa** |  |
| **Dirección** |  |
| **Teléfono/Fax**  |  | **Correo electrónico** |  |
| **No. Licencia Sanitaria (si aplica)** | **Fecha de Vencimiento (si aplica)** | **Categoría (si aplica)** |
|  |  |  |
| DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO (Llenar solamente para empresas NO farmacéuticas) |
| **Nombre** | **DPI O PASAPORTE (en caso de ser extranjero)** |
|  |  |
| Firma | Sello de la Empresa o Establecimiento (lo que corresponda) |
|  |  |
| DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO(Llenar solamente para empresas farmacéuticas) |
| **Nombre** | **DPI** |
|  |  |
| Firma | Sello de la Empresa o Establecimiento (lo que corresponda) |
|  |  |
| DATOS DEL PRODUCTO TERMINADO |
| 1. | Nombre de la sustancia controlada(Llenar una solicitud por sustancia controlada): |
|  |
| 2. | Cantidad de sustancia controlada a adquirir anualmente: |
|  |
| 3. | Adjuntar en hoja membretada firmada y sellada por el Director Técnico del establecimiento (cuando aplique), Representante Legal o Propietario, la lista de productos terminados a adquirir (incluyendo el número de Registro Sanitario cuando aplique): |
|  |

***NOTA: Cualquier información adicional adjuntarla en hoja membretada. Este es un Formulario Oficial cualquier alteración provocará el rechazo inmediato del expediente***.

Continua Control de Cambios. Hoja 2 de 2 No es necesaria para esta solicitud.